N° 56.

DU DIAGNOSTIC
DE LA MYÉLITE,

PRÉCÉDÉ

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE DU RAMOLLISSEMENT ET DE L'ENDURCISSEMENT DE LA SUBSTANCE NERVEUSE ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 22 mars 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR HIPPOLYTE ALLAIN DUPRÉ, d'Avranches,

Département de la Manche ;

Ancien Élève des hôpitaux et hospices civils de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Suppléant*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur*. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Président*.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU. *Examinateur*.
Clinique médicale	LEROUX, *Examinateur*. / FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, *Examinateur*.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Examinateur*.
Cotteau, *Suppléant*.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteur qu'elle nentend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Hommage de respect et d'amour filial.

A MON FRÈRE.

Amitié sincère.

H. ALLAIN DUPRÉ.

A MONSIEUR **SALLES**,

Avocat.

Témoignage de reconnaissance et d'amitié.

H. ALLAIN DUPRÉ.

DU DIAGNOSTIC

DE LA MYÉLITE,

PRÉCÉDÉ

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE DU RAMOLLISSEMENT ET DE L'ENDURCISSEMENT DE LA SUBSTANCE NERVEUSE.

Considérations générales.

S'il existe entre la moelle épinière et le cerveau identité de texture, d'organisation, et jusqu'à un certain point analogie de fonctions, si c'est là une vérité presque incontestable aujourd'hui, on concevra dès-lors la nécessité de rapprocher leurs altérations, et de les comprendre toutes dans un seul cadre nosologique. On ne doit donc voir dans l'habitude de considérer d'une manière isolée des parties si intimement dépendantes les unes des autres qu'un moyen de rendre leur étude moins pénible; autrement cette méthode serait fausse et vicieuse.

Il est si difficile de s'arrêter dans la délimitation de ces organes, que *Varoli*, *Willis*, *Bartholin*, comprennent dans la moelle épinière les parties encéphaliques que l'on désigne sous le nom de *moelle allongée*,

de *pont de Varoli*, de *cuisses du cerveau*, de *couches optiques* et de *corps striés ;* tandis que *Haller, Sœmmering, Bichat* et *Gall* assignent pour limites à la moelle épinière le grand renflement ou collet formé par les fibres communicantes des hémisphères du cervelet, donnant pour motif que c'est en ce point que la commissure antérieure de la moelle est interrompue. On sent combien sont arbitraires ces divisions du système nerveux, et la cause en est évidente : c'est que partout la masse encéphalique offre, sous le rapport anatomique du moins, une frappante analogie ; partout de la substance grise et de la substance blanche diversement distribuées, il est vrai, mais ne présentant du reste aucune autre différence.

Sous le point de vue physiologique, n'apercevons-nous pas encore une remarquable similitude? En effet, les lésions du cerveau et celles du prolongement rachidien donnent également lieu à la paralysie du mouvement et du sentiment. Sans nul doute le cerveau seul est le siége des facultés intellectuelles; mais il partage avec la moelle épinière l'influence qui préside à la sensibilité et au mouvement. En faut-il davantage pour supposer, *à priori*, que des altérations identiques doivent frapper également des parties qui se ressemblent si bien?

Aussi M. *Ollivier*, dont l'opinion est d'un si grand poids sur ce sujet, dit-il que les altérations morbides que l'on rencontre dans la moelle épinière et ses membranes sont à peu près les mêmes que celles que l'on trouve dans le cerveau; mais que ces altérations diverses ont plus souvent leur siége dans la partie supérieure que dans la partie inférieure de la moelle (chose à noter), comme si ce centre nerveux participait d'autant plus aux mêmes altérations du cerveau qu'il en est plus rapproché.

Je ne me propose pas d'examiner les différentes altérations dont la moelle peut devenir le siége : c'est seulement sous le rapport de son inflammation que je vais la considérer.

Comme le cerveau, la moelle épinière peut offrir les différens degrés d'injection sanguine, depuis la simple distension des vaisseaux

jusqu'à l'hémorrhagie. C'est toujours dans la substance grise, et plus souvent dans les renflemens cervical et lombaire, que l'inflammation se montre ; c'est aussi la substance grise du cerveau qui est le siége le plus fréquent de cette altération. N'est-il pas dès - lors extrêmement probable que dans l'un comme dans l'autre cas la disposition anatomique du système vasculaire sanguin joue un rôle important dans la production de ces accidens morbides?

Abstraction faite des symptômes, et considérés sous le rapport pathologique, quels sont les différens degrés d'inflammation que présente le prolongement rachidien?

1°. *Congestion* ou simple distension des vaisseaux rachidiens, s'accompagnant souvent d'exhalation séreuse.

2°. Congestion plus active, infiltration, espèce de combinaison du sang avec la substance nerveuse, épanchement de quelques gouttes de sang : *ramollissement, apoplexie capillaire* (Cruveilhier).

3°. Congestion plus violente, déchirure des vaisseaux, épanchement de sang, désorganisation et compression subite de la moelle : *apoplexie.*

4°. A la suite d'une hémorrhagie, il se développe autour du caillot une inflammation; la pulpe nerveuse se désorganise : *ramollissement consécutif.*

5°. Quelquefois l'inflammation se termine par *endurcissement.*

Telles sont aussi les lésions inflammatoires que l'on rencontre dans le cerveau, et que M. *Lallemand* le premier a fait connaître d'une manière si exacte. Mais ici se présente une question longuement débattue, encore pendante, et à la solution de laquelle le savant professeur de Montpellier a consacré beaucoup de temps et de recherches. Le ramollissement est-il de nature inflammatoire? M. *Récamier* a élevé des doutes à ce sujet : il regarde le ramollissement comme l'effet d'une cause *sui generis*, générale, d'une fièvre ataxique, nerveuse, maligne, etc., et compare cette altération à certains ramollissemens de la rate. M. *Rostan* admet aussi des ramollissemens du cerveau non in-

flammatoires, se fondant principalement sur ce qu'on observe quelquefois ces altérations sans aucun vestige d'injection sanguine. Sans nier absolument cette dernière opinion, je crois à la nature inflammatoire du ramollissement, que M. *Lallemand* me semble avoir prouvée d'une manière satisfaisante. M. *Ollivier* dit, en parlant de la nature du ramollissement de la substance de la moelle, que si, à la vérité, on trouve parfois des ramollissemens sans trace apparente de congestion sanguine locale, très-souvent aussi les membranes voisines du siége de l'altération sont rouges, épaissies, que leurs vaisseaux sont injectés et gorgés de sang. Il arrive même que ces vaisseaux, que l'on n'aperçoit point dans l'état normal, deviennent alors très-apparens, et donnent à la substance médullaire une coloration rouge plus ou moins foncée.

Dans un travail intéressant sur la myélite aiguë, M. *Calmeil*, remarquant avec quelle rapidité se forment certains ramollissemens de la moelle, qu'il a vus se terminer par la mort en quinze ou vingt heures, et comparant cette marche avec la durée ordinaire des ramollissemens traumatiques, dont l'issue funeste n'a guère lieu, terme moyen, qu'au bout de quatre à cinq jours, se demande si l'on n'est pas en droit d'admettre, pour les premiers, une cause *sui generis* non inflammatoire. En effet, si une blessure de l'encéphale dont les suites doivent être éminemment inflammatoires, n'amène pourtant la mort qu'au bout d'un temps plus long que le ramollissement spontané, n'en doit-on pas conclure que ce dernier est d'une nature différente, et conséquemment non inflammatoire? C'est là sans doute un raisonnement ingénieux ; mais, outre que les exceptions ne constituent point la règle, ne doit-on tenir aucun compte de la prédisposition sous l'influence de laquelle se développe spontanément une inflammation?

Le ramollissement de la moelle épinière est - il quelquefois chronique? Je serais porté à penser, comme M. *Calmeil*, qu'il ne l'est peut-être jamais. Mais il faut ici distinguer la congestion sanguine, le premier degré de l'inflammation, qui peut durer un temps plus ou moins

long, sans se manifester par des symptômes très-graves, du ramollissement proprement dit. Je ne puis croire que difficilement, en effet, à l'existence d'une désorganisation considérable d'une portion quelconque du centre cérébro-spinal, sans que, dans un temps fort court, il en résulte des suites funestes, encore moins à sa destruction complète avec intégrité parfaite des fonctions du mouvement et du sentiment dans les parties situées au-dessous du point altéré, comme MM. *Rullier*, *Velpeau*, *Janson* et d'autres en ont rapporté des exemples. Si vous remarquez à l'autopsie des altérations profondes, des destructions complètes de la moelle chez des individus qui, dites-vous, n'ont offert, pendant la vie, aucune lésion des fonctions sensitives et motrices, ne serait-ce point que la désorganisation a pris tout à coup une marche rapide, et que vous avez négligé d'observer ces malades dans les derniers instans de la vie?

Voyons d'ailleurs avec quelle rapidité marche quelquefois le ramollissement du cerveau : MM. *Lallemand*, *Bricheteau* et *Morgagni* l'ont vu se terminer par la mort le deuxième et même le premier jour; le plus souvent elle arrive dans le premier septénaire; et quand les symptômes ont duré très-long-temps, on a presque constamment trouvé une affection chronique de l'arachnoïde ou une hydrocéphale en même temps que le ramollissement. On conçoit, au reste, comment une congestion sanguine légère, soit dans la pulpe nerveuse, et constituant le premier degré de l'inflammation, soit dans l'arachnoïde, peut produire des convulsions, la paralysie même, sans être portée au second degré, sans produire le ramollissement; et l'on conçoit également que cette fluxion, après des efforts répétés, détermine enfin une infiltration sanguine, un véritable ramollissement Mais dans ce dernier cas la mort ne tarde pas à survenir.

N'a-t-on point par là l'explication toute naturelle de ces faits que l'on regarde comme extraordinaires? Aime-t-on mieux expliquer la persistance des fonctions de motilité et de sensibilité dans les parties situées au-dessous d'une complète destruction de la moelle épinière, par l'existence d'une sorte d'anastomose nerveuse au moyen des filets

du grand sympathique, ou des nerfs qui naissent du prolongement rachidien au-dessus et au-dessous de l'altération? Préfère-t-on accorder aux membranes rachidiennes la faculté de transmettre l'impression ? ou bien enfin admettra-t-on la possibilité de cette persistance d'action nerveuse, sans en expliquer le mécanisme, pourvu que la désorganisation, la destruction du prolongement rachidien s'effectue avec lenteur? Outre que ces explications sont toutes hypothétiques, vous êtes forcé, pour les soutenir, de vous placer en dehors des lois physiologiques. Car, pour ne répondre qu'à la dernière supposition, quelle que soit l'indépendance d'action des différens segmens de la moelle, et leur influence spéciale sur les parties qui en reçoivent leurs nerfs, on ne peut que difficilement leur accorder ces propriétés à un aussi haut degré. Enfin, sur quoi se fonde-t-on pour admettre que la lenteur de la destruction influe sur la persistance de l'action nerveuse? Sur les faits, sans doute? Mais *Desault* et *Ferrein* ont aussi rapporté chacun un exemple de destruction complète et instantanée de la moelle épinière, avec intégrité du mouvement et de la sensibilité des membres inférieurs. En résumé, le doute à cet égard me semble raisonnable et permis, jusqu'à ce que des faits nombreux et bien observés aient démontré la possibilité de phénomènes qui tiennent du merveilleux.

On vient de voir combien la nature du ramollissement a été controversée; on n'est pas non plus d'accord sur celle de l'endurcissement de la moelle épinière, dont MM. *Esquirol*, *Ollivier*, *Portal*, *Bergamaschi* et *Abercrombie* ont rapporté des exemples. Cet endurcissement offre quelques variétés : quelquefois il a la consistance du fromage de Gruyère; plus souvent il offre la densité et l'aspect du blanc d'œuf durci par l'ébullition ; d'autres fois il a l'apparence et la dureté du cartilage, ou bien encore celle du squirrhe ; très-souvent aussi il s'accompagne d'une augmentation de volume. On ne trouve quelquefois au centre de l'altération, ni dans les membranes voisines du point induré, aucune coloration, aucune injection qui indique que l'altération soit inflammatoire; mais souvent aussi on voit les

membranes rouges et enflammées. Est-ce là, comme le disent quelques auteurs, le premier degré de l'inflammation aiguë qui produit secondairement le ramollissement? M. *Lallemand*, après avoir cité deux cas d'endurcissement du cerveau (obs. 30 et 31, let. 2), finit par cette conlusion : « N'est-il pas très-probable, pour ne pas dire certain, que cet endurcissement particulier de la substance cérébrale a été le résultat d'une inflammation circonscrite, la *suite*, en un mot, d'un ramollissement partiel du cerveau? »

Peu importerait sans doute que la nature du ramollissement et de l'endurcissement du système nerveux fût ou ne fût pas inflammatoire, si cette recherche n'avait pour but que l'éclaircissement d'un point purement spéculatif; mais on conçoit au contraire toute l'importance d'une pareille question sous le rapport du traitement.

Symptômes généraux.

Considérés d'une manière générale, abstraction faite du siége de la lésion organique, et simplement sous le rapport de l'intensité plus ou moins grande de l'inflammation, les symptômes de la myélite offrent dans leur durée, leur gravité, leur intensité, des différences notables. Mais, d'une autre part, ces symptômes présentent dans leur marche et leur mode de succession une similitude si parfaite, qu'il me semble convenable de les décrire ensemble, quel que soit d'ailleurs le degré d'inflammation auquel ils appartiennent. Je conviens que les symptômes du premier degré diffèrent de ceux du second, que celui-ci donne lieu à des phénomènes plus promptement funestes que celui-là. Mais sur quoi portent ces différences? n'est-ce pas principalement sur la marche plus ou moins rapide de la maladie? Qu'une fluxion sanguine s'opère vers un point quelconque du prolongement rachidien, nous voyons aussitôt survenir, quelle que soit son énergie, un groupe de symptômes toujours identiques : douleur dorsale, lésion du mouvement et de la sensibilité, constipation, rétention urinaire, etc. Seulement ces symptômes diffèrent dans leur intensité et

surtout dans leur marche. Ainsi, le premier degré de l'inflammation pourra se prolonger d'une manière indéfinie, tandis que le ramollissement se terminera par la mort en quelques jours.

Examinons successivement les symptômes auxquels donne lieu la myélite faible ou forte, aiguë ou chronique, en tenant compte seulement des différence qu'elle offre alors sous les rapports de l'intensité et de la durée.

La myélite débute ordinairement par des fourmillemens quelquefois douloureux dans les membres, plus souvent dans les inférieurs: ce sont les doigts ou les orteils qui en sont le siége primitif. On observe aussi de la gêne dans les mouvemens, de la stupeur, de l'engourdissement, quelquefois des crampes douloureuses dans les membres, ce qui tient sans doute, comme le pense M. *Ollivier*, à une névrilite. La coïncidence de ces symptômes, au début de la maladie, avec l'altération toujours primitive de la partie centrale de la moelle, a conduit cet habile praticien à supposer qu'il existe une corrélation entre la substance grise centrale et les fonctions motrices et sensitives. Quelque vraisemblable que paraisse cette hypothèse, on peut se demander, avec M. *Cruveilhier*, si ces symptômes ne dépendraient point, au contraire, de la compression exercée sur la substance blanche par la substance grise enflammée.

M. *Ollivier* et la plupart des auteurs ont noté, comme l'un des symptômes les plus constans de la myélite, une douleur très-aiguë, profonde, accompagnée d'une chaleur âcre dans la longueur du rachis, que, selon cet auteur, les mouvemens du corps n'exaspèrent nullement. Quelquefois elle n'existe que dans une partie de la colonne vertébrale; d'autres fois elle ne se manifeste nullement. *Abercrombie* parle d'un enfant chez lequel ce symptôme ne se déclara que neuf mois après la paraplégie. Suivant *Kloss*, elle est augmentée par le décubitus sur le dos. La pression n'augmente point cette douleur; cependant, selon M. *Ollivier*, on parvient quelquefois à la déterminer en pressant avec un ou deux doigts et successivement sur les apophyses épineuses de toutes les vertèbres. On parvient aussi, d'après *Cope-*

land, en promenant sur toute la longueur du rachis une éponge imbibée d'eau chaude, à déterminer dans le point ou siége l'altération une sensation de chaleur brûlante.

Souvent aux fourmillemens, à la stupeur dont j'ai parlé, succède un état de roideur, de rétraction, de contracture permanente des membres, qu'on ne surmonte qu'avec peine et même en causant de la douleur. Dans cet état, la pression la plus légère des membres devient douloureuse. Ces symptômes appartiennent surtout à la myélite chronique.

Quelquefois les membres sont agités, dès le commencement, de mouvemens convulsifs, alternant souvent avec une contracture douloureuse, quelquefois intermittente. Le plus ordinairement, à cette période d'excitation succède la paralysie, la résolution complète des membres. Cette paralysie n'a lieu le plus fréquemment que d'un seul côté au début de l'affection, puis elle envahit plus ou moins vite le côté opposé. On a vu aussi les mouvemens convulsifs exister d'un côté et la paralysie de l'autre. A quoi tiennent des phénomènes si différens? M. *Clot* croit que les convulsions dépendent de la lésion primitive de l'origine des nerfs, et que la paralysie reconnaît pour cause une altération profonde de la moelle. M. *Portal* suppose qu'une légère pression exercée sur la moelle épinière produit les mouvemens convulsifs, et qu'une pression plus considérable détermine la paralysie. M. *Janson*, adoptant les idées de M. *Lallemand* sur la cause des convulsions et de la paralysie avec flaccidité, attribue, comme lui, les premiers phénomènes à l'inflammation de l'arachnoïde, et les seconds à l'altération propre de la substance nerveuse. « Il n'en faut pas conclure, dit M. *Lallemand*, que l'arachnitis ait une influence directe sur les muscles; mais il est impossible que l'arachnoïde soit enflammée sans que le cerveau, qui est en contact avec elle, y participe plus ou moins. Cependant on observe quelquefois, au début de l'inflammation du cerveau, des phénomènes spasmodiques; mais alors cet organe n'est encore qu'irrité et non altéré. Il n'est donc point étonnant que les symptômes soient les mêmes. »

Ces données ; toutes fournies par l'anatomie pathologique, ne laissent aucun doute, selon moi, du moins, touchant la cause de la paralysie et des mouvemens convulsifs ; elles sont tout à fait applicables à ces mêmes phénomènes, lorsqu'ils reconnaissent pour point de départ une altération siégeant dans les organes du rachis. On a accusé les auteurs qui, jusqu'ici, ont écrit sur la myélite, d'avoir confondu avec l'inflammation du tissu propre de la moelle celle des enveloppes membraneuses de cet organe; mais est-il si fréquent d'observer ces phlegmasies entièrement isolées? et doit-on toujours penser, dans les cas surtout où l'affection a duré fort long-temps, et où à la mort on ne trouve aucune trace d'inflammation des méninges rachidiennes, qu'il n'y a véritablement eu aucune congestion dans ces membranes? Les petites plaques osseuses ou cartilagineuses observées souvent par M. *Esquirol*, étudiées avec soin par M. *Ollivier*, n'indiquent-elles pas évidemment un travail morbide? M. *Royer-Collart* a souvent rencontré l'arachnoïde opaque, épaissie, couverte de granulations. Mais, comme le dit fort bien M. *Lallemand*, on n'a point jusqu'à présent attaché assez d'importance aux altérations de cette membrane.

Quoique le plus souvent les mouvemens convulsifs précèdent la paralysie, il arrive que ce symptôme se présente d'abord, et persiste jusqu'à la fin. Si, au lieu d'être simplement irritée, la pulpe nerveuse est altérée, si la congestion est assez énergique, en un mot, pour produire le ramollissement, ou même l'hémorrhagie, on conçoit facilement pourquoi, dans ce cas, il n'y a point de symptômes d'excitation, point de spasmes.

Mais, quelquefois, quoique rarement, à cette paralysie, qui a débuté plus ou moins rapidement, succèdent des mouvemens convulsifs : ils tiennent sans doute à ce qu'une hémorrhagie plus ou moins forte ayant eu lieu, il s'est formé consécutivement autour du caillot un travail inflammatoire. Mais bientôt ce travail inflammatoire se convertit en un ramollissement *consécutif*, et dès-lors les symptômes spasmodiques disparaissent. J'indiquerai par la suite une circon-

stance dans laquelle on voit survenir des mouvemens spasmodiques dépendant d'une autre cause.

M. *Abercrombie* cite un cas fort grave de myélite dans lequel on n'observa ni convulsions ni paralysie. Je crois, comme je l'ai déjà dit, qu'il y a eu erreur, qu'on n'a point observé les malades quelque temps avant leur mort.

Bien que ces symptômes soient le plus souvent bornés aux membres inférieurs, il n'est pas rare de les voir occuper tous les membres et le tronc. Cette circonstance dépend évidemment de l'étendue ou du siége de l'altération. Cependant on a vu les membres supérieurs seuls être affectés de paralysie : je ne pense pas que dans ce cas il y eût ramollissement complet, mais seulement une congestion sanguine plus ou moins forte. C'est également à une lésion de cette nature que l'on doit attribuer la marche descendante que suit quelquefois la paraplégie. Au reste, cette progression est beaucoup plus rare que celle qui a lieu de bas en haut, et l'on verra même plus tard que cette circonstance n'est point indifférente pour le diagnostic.

Le mouvement et la sensibilité ne sont point généralement altérés au même degré : cette dernière fonction persiste assez souvent, quelquefois entière, quelquefois diminuée, jamais exaltée, à moins de complication de méningite ; et cependant le mouvement est entièrement aboli. On a vu aussi, mais très-rarement il est vrai, le mouvement persister dans des membres privés de la sensibilité.

On a dû nécessairement rechercher la cause de cette fréquence plus grande de l'altération de la motilité. La physiologie nous apprend bien que les cordons antérieurs de la moelle sont lésés dans ce cas : mais quelle en est la cause? M. *Ollivier* la trouve dans la disposition anatomique de la moelle, beaucoup plus rapprochée de la paroi antérieure du canal que de sa paroi postérieure, et par conséquent dans la pression à laquelle doit être soumise sa face antérieure, dans un cas de congestion sanguine. M. *Lallemand* a tenté d'expliquer aussi cette circonstance, qui, comme on sait, est assez fréquente dans la paralysie dépendant d'une altération du cerveau. Mais la raison qu'il en

donne est et devait être bien différente de celle-ci : « Il est facile de concevoir, dit-il, que la partie du cerveau malade soit assez altérée pour ne pouvoir plus avoir une influence active sur les nerfs qui en dépendent, et pas assez pour qu'elle ne puisse plus recevoir l'impression qui lui est communiquée par ces mêmes nerfs. » Ces deux hypothèses sont également ingénieuses, et rien n'empêche de supposer que ces deux causes ne puissent exister simultanément dans le cas dont il s'agit.

L'influence de la moelle épinière sur la respiration n'est pas à beaucoup près la même dans tous les points de son étendue : elle est d'autant plus marquée que l'on se rapproche davantage de l'origine de la huitième paire, comme l'ont démontré les expériences de MM. *Ch. Bell* et *Flourens*. Elle peut même n'être pas visiblement altérée tant que la lésion ne dépasse point l'origine des derniers nerfs intercostaux; à partir de ce point, elle présente des phénomènes que j'aurai plus tard occasion de décrire.

La circulation est sous la dépendance de toutes les portions de la moelle épinière, mais plus spécialement de la partie supérieure de l'organe. Outre le trouble apporté directement, dans ce cas, à l'action du cœur et à la circulation capillaire, on voit souvent l'embarras de la respiration contribuer encore à l'anéantissement de cette fonction : de là absence complète de transpiration cutanée dans les parties paralysées, disposition à la gangrène, infiltration séreuse et refroidissement sensible des extrémités.

Il est très-commun d'observer dans la myélite, surtout dans la myélite chronique, la gangrène des parties qui supportent le poids du corps, telles que les hanches, les talons, et principalement le sacrum : les escharres de cette région se rencontrent, du reste, dans beaucoup de maladies longues, et plus souvent chez les vieillards et les individus affaiblis. Mais une remarque importante que l'on doit à M. *Ollivier*, qui a rencontré plusieurs fois ce cas, c'est que souvent cette escharre devient à son tour cause d'une véritable myélite : l'inflammation, se propageant par le canal sacré, va irriter les membranes, et alors on observe les

mouvemens convulsifs qui marquent ordinairement le début de la maladie, mais qui sont ici consécutifs à la plaie du sacrum. Enfin la moelle finit par être atteinte et détruite.

La vessie participe à la paralysie qui frappe les extrémités inférieures; on a vu cependant, mais bien rarement, ses fonctions n'éprouver aucun dérangement. Quelquefois la sécrétion urinaire est totalement suspendue, quelquefois elle n'est que modifiée. Le plus ordinairement on voit survenir d'abord une rétention d'urine, qui peut persister jusqu'à la mort, mais à laquelle succède presque toujours, au bout d'un temps plus ou moins long, un écoulement involontaire et continuel de ce liquide. Quelquefois la marche des symptômes a lieu en sens inverse; mais cela est fort rare. Quelle est la cause de la succession presque constante de ces deux phénomènes? Est-ce que, comme le dit *Sœmmering*, la paralysie générale de la vessie se change en paralysie spéciale de son col? L'écoulement de l'urine se fait-il par regorgement, comme cela arrive, selon M. *Lallemand*, dans le ramollissement du cerveau? et alors est-ce une rétention au lieu d'une incontinence d'urine? Mais, s'il en est ainsi, d'où vient que cet écoulement ne s'observe point aussi souvent dès le début que vers la fin de la paralysie? En admettant, avec *Bellingeri*, que les faisceaux antérieurs de la moelle épinière président au resserrement du sphincter de la vessie, la lésion de ces faisceaux supposée, nous avons l'explication toute naturelle de ce phénomène. Mais puisqu'il est reconnu que ces faisceaux antérieurs sont presque toujours primitivement lésés, l'écoulement involontaire devrait avoir lieu dès le principe, et l'on observe précisément le contraire.

Ne pourrait-on pas dire que la vessie recevant des filets tout à la fois des nerfs sacrés et des grands sympathiques, l'influence des premiers venant à cesser, celle des seconds suffit encore à la contractilité de son col pendant un certain temps; mais que comme le système ganglionnaire, à cause de sa dépendance de la moelle épinière, finit tôt ou tard par s'altérer consécutivement, il en résulte une abolition com-

plète de la contractilité de l'organe, et par suite un écoulement involontaire des urines?

Quoi qu'il en soit, la présence prolongée de ce liquide dans un réservoir qui a perdu en grande partie son énergie vitale, détermine presque constamment des catarrhes, des altérations plus ou moins profondes dans les membranes de la vessie. Je ne les décrirai pas ici, parce que j'en citerai plus tard un exemple fort remarquable. Peut-être aussi ces altérations tiennent-elles aux qualités chimiques de l'urine, qui, selon *Krimer*, contient toujours des matières salines en quantité beaucoup plus considérable que dans l'état normal. C'est sans doute à cette circonstance qu'il faut attribuer les incrustations qui recouvrent l'extrémité des sondes laissées pendant quelque temps dans la vessie, chez les paraplégiques, et dont on doit l'observation à M. *Dupuytren*. Je n'ai point observé et je n'ai lu nulle part qu'on eût rencontré chez les paraplégiques, par suite d'une lésion de la moelle, l'odeur de souris qui s'exhale quelquefois du corps des individus atteints d'une encéphalite. Cependant, si l'explication que l'on en donne généralement est vraie, la même cause devrait produire le même effet.

La paralysie du rectum n'existe pas toujours, quoique, le plus souvent, on observe une constipation opiniâtre, qui peut durer jusqu'à la mort, mais qui, ordinairement, est remplacée par l'évacuation involontaire des matières fécales. M. *Ollivier* pense que dans quelques cas, la rétention des fèces est due à la paralysie d'une portion du tube intestinal. Mais comment se fait-il que plus tard il y ait évacuation involontaire, quoiqu'il ne soit survenu aucun changement dans l'état de la paralysie? J'applique à cet organe l'explication que j'ai donnée en parlant de la paralysie de la vessie.

Un phénomène bien remarquable et souvent observé, surtout dans les lésions traumatiques de la moelle, c'est l'érection du pénis : quelquefois il persiste jusqu'à la mort; souvent il cesse au bout de quelques jours. M. *Calmeil* pense que ce symptôme ne se manifeste que quand la continuité, de la moelle n'est pas interrompue et que l'irrita-

tion est intense; que c'est le signe d'un travail qui s'effectue, mais qui n'est pas encore effectué.

On a remarqué que ce symptôme accompagne les lésions de la moelle, en quelque point de son étendue qu'elles siégent; et quelques médecins pensent, contrairement à ceux qui regardent ce symptôme comme appartenant plus spécialement à la portion cervicale du prolongement rachidien, que les lésions des portions dorsale et lombaire y donneraient aussi souvent lieu si elles étaient aussi fréquentes. M. *Ollivier* a fait observer que cette singulière coïncidence semble démontrer que le cervelet n'est pas le seul organe dont la lésion détermine un pareil symptôme. On pourrait objecter que le cervelet est dans ce cas irrité sympathiquement; mais depuis long-temps déjà l'opinion de *Gall* à ce sujet a été controversée, et M. *A. Desmoulins* a démontré que plusieurs animaux doués d'une grande salacité, tels que le crapaud, par exemple, dont on peut couper les pattes pendant le coït, sans qu'il en témoigne la moindre douleur, n'ont pourtant point de cervelet.

Les fonctions digestives ne sont le plus souvent nullement altérées dans la myélite; cependant quand sa marche est chronique, quand la congestion sanguine est à la fois forte et étendue, les digestions se font mal, les malades maigrissent, s'étiolent, et meurent enfin dans un véritable état de marasme.

En général, les fonctions intellectuelles et sensoriales se conservent dans un état d'intégrité parfaite. Cependant il arrive quelquefois que quand l'inflammation a pour siége la partie supérieure du prolongement rachidien, on voit survenir du délire, un trouble plus ou moins prononcé de l'entendement, la perte de la mémoire. Ces symptômes, et surtout le premier, ont aussi été observés dans les cas de lésion de la portion dorsale de la moelle. Dans tous les cas, ceci dépend évidemment d'une irritation sympathique du cerveau.

Les symptômes généraux que je viens d'indiquer suffisent ordinairement pour diagnostiquer une inflammation de la moelle épinière. La douleur dorsale, la paraplégie, l'érection du pénis, l'intégrité des

fonctions intellectuelles sont autant de signes qui, réunis, ne permettent guère de méconnaître cette affection. Mais, outre qu'on ne les observe pas toujours en même temps, il arrive quelquefois que des maladies concomitantes du cerveau en rendent le diagnostic difficile. Cependant on peut dire, en thèse générale, que l'on n'éprouve une réelle difficulté à se prononcer que quand la lésion occupe la partie supérieure du prolongement rachidien.

Symptômes spéciaux.

L'inflammation rachidienne peut, comme je l'ai dit, occuper une grande partie et même la totalité de la moelle épinière, ou être bornée à l'une de ses régions. Examinons les symptômes auxquels elle donne lieu dans chacun de ces cas.

1°. *Région lombaire ou renflement de ce nom.* La distribution anatomique des nerfs indique d'avance quelles doivent être les lésions que l'on observe alors : fourmillement dans les membres, douleur lombaire, tension douloureuse, quelquefois contracture, contractions spasmodiques au début, puis paralysie des extrémités inférieures; constipation, puis évacuation involontaire des matières fécales; rétention, puis incontinence d'urine ; quelquefois satyriasis.

2°. *Région dorsale entre les deux renflemens.* Secousses convulsives du tronc, auxquelles les membres ne participent pas ordinairement, à moins que, comme l'a observé M. *Calmeil*, l'irritation ne se propage dans toute l'étendue de l'organe, et alors on observe en même temps des mouvemens convulsifs des quatre membres ; respiration courte, précipitée, diaphragmatique ; palpitations, battemens irréguliers du cœur, qui peuvent, comme l'a vu M. *Ollivier*, simuler un anévrysme de cet organe. Paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum; quelquefois satyriasis. D'après les observations du docteur *Earle* sur la structure du rachis dans la région

dorsale, où le canal éprouve un rétrécissement notable, il est probable que l'ensemble des symptômes observés dans ce cas tire sa principale gravité de la compression à laquelle la moelle enflammée est soumise dans ce point du canal rachidien.

3°. *Région cervicale ou renflement de ce nom.* Souvent rigidité des muscles du cou et des membres supérieurs, qui sont quelquefois agités de mouvemens convulsifs, d'autres fois paralysés. Les membres inférieurs participent toujours à cet état quand la congestion est violente. Respiration pénible, laborieuse, ne s'opérant que par le diaphragme. Cependant ce symptôme varie beaucoup : quand la lésion a son siége au-dessous des nerfs diaphragmatiques, vers la sixième vertèbre cervicale, par exemple, la respiration est plus libre; le malade peut *bâiller*, mais il ne peut *éternuer;* il y a quelquefois hoquet plus ou moins fréquent : quand, au contraire, la moelle est lésée vers la cinquième ou quatrième vertèbre cervicale, la respiration devient suspirieuse, les mouvemens d'inspiration se font au moyen des muscles du cou et des épaules. Le diaphragme est dans une immobilité plus ou moins complète; les muscles intercostaux n'agissent plus, et la mort ne tarde pas à arriver : il y a véritable asphyxie. Quelquefois on remarque une difficulté de la déglutition, qui ferait croire à l'existence d'une angine. A ces symptômes se joignent, quelques instans avant la mort, ceux que je vais indiquer tout à l'heure, et qui sont d'autant plus prononcés que l'on se rapproche davantage de la protubérance annulaire.

4°. *Région supérieure, bulbe encéphalique.* Outre la paralysie des membres et du tronc, la douleur, etc., qui se retrouvent ici avec les diverses modifications indiquées, il y a trouble des sens, délire furieux, trismus, grincement des dents, langue rouge et sèche, respiration pressée, déglutition difficile, parole impossible; mouvemens respiratoires pressés, tumultueux, asphyxie ; quelquefois affaiblissement des sens de la vue et de l'ouïe : mais jamais on n'observe leur paralysie.

Diagnostic.

Parmi les affections que les auteurs ont indiquées comme pouvant ressembler plus ou moins à la myélite, se trouvent la *pleurésie dorsale* de *Baillou*, l'inflammation des reins, le lumbago. On sent que des erreurs n'ont pu être commises à cet égard qu'à une époque où le diagnostic de ces maladies était peu avancé. Mais il en est deux autres qui offrent une ressemblance assez grande avec la myélite, et qu'un examen attentif peut seul mettre à l'abri de confondre avec elle : ce sont la méningite rachidienne, et certains ramollissemens du cerveau. Toutefois l'arachnoïdite rachidienne offre des symptômes qui lui donnent une physionomie assez tranchée pour qu'elle ne puisse être confondue que difficilement, par un observateur attentif, avec la maladie qui nous occupe : ainsi la roideur tétanique des muscles du dos, déterminant un opisthotonos, la diminution de la force des membres sans véritable paralysie, les rémissions, les intermittences irrégulières dans les douleurs, et quelquefois dans la rigidité, l'exaltation fréquente de la sensibilité, sont autant de symptômes que l'on ne rencontre jamais dans la myélite non compliquée de l'inflammation des méninges.

Il est beaucoup plus difficile de distinguer les lésions de la partie supérieure de la moelle et du bulbe rachidien surtout, des altérations qui ont pour siége, soit les hémisphères, soit le pourtour du cerveau. Mais s'il est vrai, comme le dit M. *Calmeil*, que dans le ramollissement chronique des circonvolutions cérébrales, que l'on rencontre fréquemment chez les aliénés, la marche de la maladie offre de nombreux points de ressemblance avec l'inflammation du prolongement rachidien, assez de symptômes différens leur appartiennent pour qu'il soit généralement possible de les distinguer : ainsi les aliénés éprouvent ordinairement un embarras plus ou moins grand de la langue, avec incertitude dans la marche ; ces symptômes augmentent ; les membres supérieurs deviennent à leur tour plus pesans, les

mouvemens s'embarrassent de plus en plus ; il survient du délire, et ce délire est comateux ; quand ce symptôme survient dans la myélite, il a le caractère d'excitation qui lui convient : ce délire est furieux, parce qu'en effet il est le résultat d'une irritation et non d'une altération du cerveau.

Quant au ramollissement qui a pour siége les hémisphères cérébraux, M. *Lallemand* lui assigne des symptômes qui ne permettent guère de le confondre avec celui de la moelle épinière. En effet, la céphalalgie, l'abolition primitive des facultés intellectuelles et sensoriales, la contraction des muscles de la face, la rigidité, qui est plus prononcée, et se remarque *toujours primitivement* dans les membres supérieurs, sont des phénomènes trop différens de ceux que détermine la myélite pour qu'il soit possible de les confondre.

OBSERVATIONS.

Les cas de myélite que je rapporte ici sont en bien petit nombre, mais quelques-uns présentent des circonstances plus ou moins remarquables : les uns m'ont été communiqués par M. le docteur *Bonnet*, ancien interne des hôpitaux de Paris ; les autres ont été soumis à ma propre observation. Quoique l'anatomie pathologique puisse seule nous donner la certitude de l'existence de la myélite, il est possible pourtant, en observant avec soin tous les phénomènes morbides dans leur ordre de succession, d'acquérir sur ce point, je ne dis pas une certitude complète, mais du moins une conviction profonde.

L'observation que l'on va lire me semble devoir être rapportée au premier degré de l'inflammation, à la congestion rachidienne, si bien décrite par M. *Ollivier*.

Ire. OBSERVATION.

Myélite chronique. — Paraplégie. — Guérison.

Mademoiselle H. J. . . ., vingt-un ans, brune, d'une forte constitution, toujours bien réglée depuis l'âge de quatorze ans, époque de la première menstruation, fut atteinte, à seize ans, d'une *fièvre cérébrale*. Trois jours après, symptômes de catalepsie : douleur dans la partie supérieure et antérieure gauche de la tête ; la fièvre cérébrale, la catalepsie disparurent, mais la céphalalgie persista. Puis survinrent des syncopes fréquentes, qui pendant quelque temps se reproduisaient périodiquement : elles duraient d'un quart d'heure à deux heures, et étaient précédées, dans les commencemens, de palpitations et d'une chaleur qui semblait s'élever du cœur vers la tête. Dans cet état, on remarquait roideur des membres, faiblesse de la respiration, battement violent des carotides. Six mois après, la céphalalgie et les syncopes ayant beaucoup diminué de fréquence et d'intensité, mademoiselle J. . . . fut subitement frappée de paralysie de la langue ; mais la parole revint environ une demi-heure après. Le soir, après une courte promenade, et en rentrant chez elle, elle éprouva dans la langue le même embarras que le matin ; impossibilité de se faire entendre, déviation de la langue *à droite*. Une heure après, perte subite et complète du mouvement dans les membres et le côté droits, sensibilité diminuée, perte de la vue et de l'olfaction à droite. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, tous ces symptômes, et d'autres que je passe sous silence, mais qui tous appartiennent au ramollissement du cerveau, diminuèrent et même se dissipèrent entièrement au bout de quelque temps, excepté pourtant la céphalalgie circonscrite dont j'ai parlé, qui ne se dissipa complètement qu'après trois ou quatre ans.

A cette époque, mademoiselle J. . . . fut prise de crachemens, puis de vomissemens quotidiens d'un sang mousseux, rutilant ; jamais on

n'y observa de traces d'alimens. Ces symptômes durèrent environ deux mois. Le flux menstruel n'éprouva jamais aucun dérangement.

Tout à coup aux vomissemens de sang succédèrent des picotemens, des fourmillemens dans les extrémités inférieures, avec engourdissement, diminution de la sensibilité, et surtout du mouvement; puis survint une douleur dans toute la longueur du rachis; la progression devint chaque jour plus difficile : cependant ces symptômes marchèrent très-lentement. Cinq mois après leur invasion, la douleur dorsale était la même; les jambes étaient froides; elles maigrirent considérablement, et devinrent le siége de douleurs vives, passagères, de crampes et de secousses convulsives, surtout dans la position horizontale. Le membre droit était plus fortement paralysé que le gauche; les cuisses, à leur partie supérieure, offraient encore assez de sensibilité; cependant la malade comparait le toucher dans cet endroit à la sensation que l'on éprouve quand on interpose entre les parties en contact un corps étranger, tel qu'un drap, un gant, etc. Le pincer y causait une impression pénible, désagréable, mais bien différente de la douleur que l'on éprouve quand la peau d'une partie sensible est fortement pincée; ce n'était point d'ailleurs dans le point même pincé que la sensation dont je parle se manifestait, c'était ou plus haut ou plus bas. Les évacuations alvines et urinaires étaient volontaires, mais difficiles.

Pendant six mois, nul traitement n'avait été fait. A cette époque, et d'après le conseil de M. *Marjolin*, qui vit la malade, je fis l'application de deux moxas dans la partie inférieure de la région dorsale, de chaque côté du rachis, point où la douleur se localisait davantage. Dix jours après, j'en appliquai deux autres. A la chute des escharres, je convertis ces moxas en cautères. Ces fonticules, par lesquels se fit une abondante suppuration, furent conservés deux mois sans apparence de soulagement; seulement la paralysie ne fit plus de progrès, de sorte que mademoiselle J.... continuait à marcher, ou plutôt à

traîner ses pieds, en s'appuyant sur le bras d'une personne ou sur les meubles environnans.

J'avais aussi fait usage de strychnine, suivant la méthode endermique, à la dose d'un quart de grain d'abord, puis progressivement portée à un grain, et déposée à la surface de l'un des cautères. Cette substance donna lieu à des secousses convulsives violentes dans les membres, et particulièrement dans les inférieurs. Mais n'observant d'ailleurs aucune amélioration, je supprimai la strychnine au bout de quelque temps, et je prescrivis la teinture de noix vomique en frictions sur les membres inférieurs. On continua l'usage des bains de Barèges, dont la malade faisait usage depuis quelque temps.

Le 1^er^. juillet 1831 (dix mois après l'invasion de la maladie), mademoiselle J.... se rendit à la campagne, espérant que le bon air aurait quelque influence sur sa guérison, et là continua, pour toute médication, à prendre, tous les deux jours, un bain sulfureux.

Jusqu'au mois de septembre, époque de son retour à la ville, il ne survint aucun changement; seulement aux symptômes indiqués se joignit, quelques jours avant son retour, une incontinence d'urine; puis on vit succéder à cette incontinence une rétention d'urine, ou du moins une grande difficulté dans leur excrétion, avec une évacuation involontaire des matières fécales.

Ce fut alors, vers le milieu du mois de septembre, que mademoiselle J...., qui était sujette à des chutes fréquentes, en fit une dans laquelle un effort pour se retenir détermina une conversion du corps qui fut suivie d'une vive douleur dans le rachis. Elle fut contrainte de garder le lit : la douleur même devint assez violente pour qu'elle empêchât la malade de se tourner dans son lit; elle occupait la fin de la région dorsale. La dysurie devint encore plus prononcée. Absent à cette époque, je n'ai connu ces circonstances que par le récit de la malade et de ses parens.

M. le docteur *Roy*, appelé, prescrivit une application de vingt-cinq sangsues sur la colonne vertébrale, vers le point douloureux. (Cat. laudanisé, bains tièdes.)

Les jambes étaient rétractées avec force, et revenaient à leur position première quand on les allongeait. Même état de la sensibilité, mouvement impossible.

Quelques jours après l'application des sangsues, la douleur rachidienne diminua beaucoup. Des bains, des cataplasmes narcotiques, des frictions avec un liniment de même nature, furent employés durant quinze jours. Alors mademoiselle J.... commença à se lever, le mouvement et la sensibilité renaissaient dans les membres inférieurs, et, quoique marchant avec difficulté et appuyée sur le bras d'une personne, sa démarche présentait déjà une grande différence : ses pieds ne se traînaient plus ; il y avait alors plutôt faiblesse que véritable paralysie. Cette amélioration se fit avec une vitesse surprenante. Huit jours plus tard, mademoiselle J.... pouvait marcher sans appui, et au bout d'un mois la marche était libre et assurée. Maintenant (six mois depuis la chute) elle peut se livrer aux exercices de la danse et de la course. Pendant tout le temps que la maladie a duré, les facultés intellectuelles n'ont pas éprouvé le moindre dérangement.

IIe. OBSERVATION.

Myélite chronique. — Douleur lombaire ; affaiblissement et amaigrissement des membres inférieurs ; mouvemens convulsifs et tremblement dans ces membres ; ischurie ; orthopnée vers la fin. — Veines de la pie-mère injectées ; épanchement de sérosité entre les membranes ; ramollissement, sans coloration, de la moitié inférieure de la moelle épinière.

Auguste Moreau, menuisier, trente-trois ans, fort, bien constitué, tempérament sanguin, s'aperçut, il y a six mois, d'une difficulté inaccoutumée dans l'émission de ses urines. Le liquide était projeté moins loin qu'autrefois ; il s'arrêtait tout à coup, puis recommençait à couler. Un mois après avoir éprouvé ce symptôme, qui n'a fait qu'augmenter depuis, il ressentit dans les reins et dans les hanches

des douleurs peu vives d'abord, mais continues, qui de là gagnaient les cuisses sans dépasser leur partie moyenne, et se faisaient sentir surtout en avant, dans la direction du nerf crural : elles devinrent bientôt vives au point de troubler son sommeil et de lui arracher des cris; parfois il lui semblait qu'un liquide froid circulait sous les tégumens de la cuisse. Du reste, les jambes et les articulations ne sont le siége d'aucune douleur. Obligé par état de travailler debout, il était souvent forcé de s'asseoir, ses jambes étant trop faibles pour le soutenir. Bientôt ses pieds furent agités d'un tremblement qui rendait sa marche chancelante.

Il était dans l'habitude de se faire saigner tous les ans, à cause de maux de tête auxquels il était sujet. Depuis deux ans il a négligé cette pratique; il habite une chambre humide. Jamais il n'a été affecté de syphilis, d'hémorrhoïdes, ni d'aucun exanthême. Il a eu pendant cinq ans des attaques d'épilepsie, mais il en est tout à fait guéri maintenant. Les fonctions respiratoires et nutritives se font parfaitement; cependant les jambes sont émaciées. L'urine est claire et transparente.

État actuel. Ce malade a été amené à l'hôpital Saint-Antoine, offrant les symptômes que je viens de noter.

Le 11 avril 1829, saignée de trois palettes. — Le 14, quarante sangsues sur les lombes. — Le 21, trente sangsues sur les lombes. Légère amélioration dans les douleurs; marche plus facile; dysurie persistante; un peu de diarrhée. — Le 28, deux moxas de chaque côté du rachis. — Le 5 mai, conversion des moxas en cautères. — Le 20, il peut marcher dans la salle, mais il ne peut marcher dans le jardin, à cause de l'inégalité du sol : ses jambes tremblent toujours. — Le 23 juin, la faiblesse et le tremblement des jambes ont augmenté. (Saignée le 25, demi gr. de strychnine.) Nul effet. — Le 29, trois quarts de gr. de strychnine : contractions brusques et convulsives des extrémités inférieures. — Le 1er. juillet, un gr. de strychnine. — Le 13, on supprime la strychnine; saignée. — Le 15, strych-

nine : contractions spasmodiques. Point de mieux. — Le 8 août, on supprime l'emploi de la strychnine. (Saignée.) —Le 10, les jambes s'affaiblissent. (Deux ventouses scarifiées dans la région cervicale postérieure.) —Le 11, deux ventouses scarifiées sur la région dorsale. — Le 16, trente sangsues dans la région dorsale. — Le 17, vingt sangsues au même endroit. —Le 3 septembre, même état. (Vingt-cinq sangsues au dos.)—Le 4, deux cautères dans le milieu du dos. — Le 16, vingt gr. de camphre. — Jusqu'au 20 octobre, administration du camphre, qui ne produit nul effet; suppression de ce médicament. — Le 28, on supprime les cautères. Douleurs et engourdissement dans les membres; diarrhée, selles involontaires, langue rouge; sensibilité des membres conservée. — Le 6 novembre, on replace les cautères. — Le 17, même état. Diarrhée abondante, point de sommeil. (Vingt sangsues à l'anus.) Lavement émollient avec laudanum, douze gouttes.) — Le 1^er^. janvier 1830, augmentation des symptômes. — Le 5, séton dans le dos.

Le 15 : depuis deux jours, difficulté très-grande de respirer, orthopnée, battemens du cœur; pouls petit, fréquent; dysurie, douleurs plus vives dans les membres inférieurs; amaigrissement de la face. Mort, après huit mois sept jours de maladie.

Autopsie, trente heures après la mort. Cerveau sain; ventricules contenant de la sérosité limpide, incolore, trois fois autant que dans l'état naturel; cervelet sain. La dure-mère de la moelle incisée, il s'en écoule un peu de sérosité de même nature que celle des ventricules, et qui semble aussi en plus grande quantité que d'ordinaire. Les veines de la pie-mère sont un peu injectées, et le tissu de la moelle (que pendant l'ouverture du rachis on a bien pris soin de préserver de toute atteinte extérieure) est ramolli dans sa moitié inférieure, quoiqu'il ait conservé sa couleur blanche naturelle : ce ramollissement n'est pas diffluent; mais en passant un scalpel très-légèrement dessus, on enlève une matière blanche, sans aucune trace de l'organisation fibreuse que l'on remarque, au contraire, distinctement

sur les autres parties de la moelle en les râclant. Nulle apparence d'injection sanguine dans la substance de la moelle. — Intestin grêle ulcéré; rein droit injecté, ramolli, presque diffluent, désorganisé. — Vessie enflammée, hypertrophiée; muqueuse injectée, purulente dans quelques points. Les autres organes sont sains.

III^e. OBSERVATION.

Myélite chronique. — Paraplégie; constipation d'abord, puis diarrhée; rétention d'urine jusqu'à la fin. — Couche de pus entre les feuillets de l'arachnoïde; injection sanguine de la pie-mère. — Ramollissement avec coloration rouge, et comme un épanchement de sang vers la région dorsale de la moelle.

Thérèse Barrière, lingère, cinquante-six ans, éprouve, depuis long-temps déjà, des picotemens, de l'engourdissement dans les membres inférieurs; ces symptômes ont été en augmentant. Il y a six jours, elle se coucha le soir très-fatiguée; ses jambes étaient infiltrées. Le lendemain matin, les extrémités inférieures étaient paralysées; elle urina involontairement.

État actuel. Paraplégie complète; douleurs, soubresauts, mouvemens convulsifs des membres inférieurs. On peut la pincer sans qu'elle en éprouve de sensation désagréable. L'insensibilité remonte jusqu'à la base de la poitrine. Du reste, point de trouble sensible de la respiration; les facultés intellectuelles sont conservées; il n'y a point de céphalalgie, mais la parole est embarrassée; les bras sont sensibles et mobiles; la colonne vertébrale n'offre aucune altération visible; elle n'est point douloureuse; il y a déjà au sacrum une large escharre noirâtre. Elle ne va pas à la selle, et n'en éprouve pas le besoin; rétention de l'urine dans la vessie, qui est distendue; elle se vide quelquefois par regorgement. (Cathétérisme, lotions de chlorure de chaux pour l'escharre; deux cautères dans le dos; bouillons.)

Le 11 avril 1830, l'urine sort purulente à la fin du cathétérisme. Même état. — Le 13, elle n'a point été à la selle depuis douze jours. (Huile de ricin, ℥ j.) — Le 17, l'escharre augmente; mouvemens convulsifs des extrémités inférieures. (Strychnine un sixième de grain.) — Le 20, même état. (Strychnine, un tiers de grain.) — Le 22, la strychnine, à la dose d'un demi-grain, n'augmente pas les mouvemens convulsifs.

Le 8 mai, elle est plus faible depuis quelques jours, les extrémités inférieures sont infiltrées; la sérosité s'est déjà épanchée dans l'abdomen. Dévoiement depuis deux jours. Mort après un mois de séjour à l'hôpital.

Autopsie vingt-huit heures après la mort. Les plèvres contiennent de la sérosité; les poumons leur sont adhérens : ils contiennent dans leur intérieur des espèces de calculs friables. Traces de tubercules guéris; cœur dilaté, rempli de sang noir. Les organes de l'abdomen sont sains; la vessie est bleuâtre et comme marbrée à l'intérieur.

Le cerveau est sain; seulement il contient un peu de sérosité rougeâtre, plus abondante que dans l'état normal. Depuis la seconde vertèbre dorsale jusqu'à la seconde lombaire existe, entre les deux feuillets de l'arachnoïde, une couche très-épaisse de pus blanc, consistant; la dure-mère en est distendue; la membrane propre de la moelle épinière présente un grand nombre de vaisseaux noirs injectés; le tissu de la moelle est ramolli dans toute l'étendue où elle est recouverte par le pus. Vers la sixième vertèbre dorsale, il y a comme du sang épanché, et là le ramollissement, qui est d'une couleur brune, semble plus prononcé qu'ailleurs.

IV^e. OBSERVATION.

Myélite chronique. — Paralysie complète des membres inférieurs ; difficultés dans les mouvemens des bras, surtout le droit ; constipation jusqu'à la fin, rétention d'urine : accès de fièvre intermittente ; délire. — Arachnoïde épaissie, noire, comme gangrénée ; ramollissement blanc de la moelle épinière.

Anne Claude-Robert, quarante-quatre ans, blanchisseuse, n'a jamais été malade. Elle habite une maison humide; il y a cinq mois qu'elle éprouva pour la première fois des douleurs vives dans le dos et dans les membres. Deux mois plus tard, impossibilité de marcher; la menstruation s'est supprimée, et depuis quinze jours elle n'urine qu'au moyen du cathétérisme. Elle compare les douleurs qu'elle éprouve dans les membres à la brûlure.

État actuel. Paralysie complète des membres inférieurs, incomplète des membres supérieurs : dans ceux-ci, la sensibilité est conservée; dans les extrémités inférieures, elle est considérablement diminuée, et cette diminution de sensibilité s'étend jusqu'à l'ombilic ; parfois elle éprouve des secousses convulsives, passagères, dans les jambes. Point de douleur de tête ni d'affaiblissement de l'intelligence. Les autres fonctions se font bien. Escharre au sacrum.

Le 1^er^. avril, les urines, évacuées au moyen de la sonde, sont purulentes. — Le 12, constipation opiniâtre. (Huile de ricin ℥ j.) L'escharre du sacrum est lavée avec le chlorure de chaux. — Le 17, il survient depuis deux jours, à huit heures du matin, un accès de fièvre intermittente ; la chaleur dure presque tout le jour; point de sueurs. (Sulfate de quinine, huit gr.)—Le 19, la fièvre a disparu; même état.—Le 22, l'accès est revenu. (Sulfate de quinine, huit grains.) — Le 23, la langue est rouge; point de sommeil. Elle s'affaiblit chaque jour. —Le 5 mai, l'escharre du sacrum s'est détachée ; la plaie est vermeille : on la panse avec le diachylon. Il est survenu une escharre au talon gau-

che. — Le 15, elle est prise de frissons et de douleurs dans les jambes, qui augmentent par le toucher. — Le 17 : depuis plusieurs jours elle avait du délire; elle souffrait davantage dans les membres; elle ne dormait point. Mort.

Autopsie trente heures après la mort. Poumons engoués ; cœur sain. — Organes abdominaux dans l'état naturel; seulement le foie était jaunâtre et mou. Membrane muqueuse de la vessie épaissie et ecchymosée. L'arachnoïde était remplie d'une certaine quantité de sérosité ; la portion de cette membrane qui tapisse la face supérieure du cervelet et celle qui correspond aux lobes postérieurs du cerveau étaient épaissies, non transparentes, plus résistantes que dans l'état sain ; la partie du cervelet qu'elles recouvraient était plus molle et plus jaune que d'ordinaire; le cerveau était aussi un peu mou.

La portion de dure-mère qui correspond aux vertèbres du cou en était séparée par un liquide brûn noirâtre, et dans ce point les vertèbres étaient brunes, dépourvues de périoste, de sorte que les muscles qui s'y attachent avaient perdu leur point d'insertion; cependant les vertèbres étaient saines. Dans sa partie supérieure, depuis la fin des éminences pyramidales et olivaires jusqu'à la région dorsale, l'arachnoïde était noire, épaissie, et adhérait en quelques points à la dure-mère; elle avait une odeur approchant de celle de la gangrène; elle était plus difficile à rompre qu'elle ne l'est ordinairement, et en devant elle adhérait un peu au tissu de la moelle, qui était lui-même ramolli, blanc, ressemblant à une crême un peu épaisse, de sorte qu'il s'enlevait avec la membrane séreuse. Ce ramollissement occupait la même étendue que l'altération de l'arachnoïde ; il n'y avait aucun point rouge, ni trace de vaisseaux; au-dessous elle reprenait sa consistance naturelle. Il y avait, à la partie inférieure du canal, deux ou trois onces de sérosité trouble, laiteuse, qui distendait la dure-mère : elle était contenue entre cette membrane et l'arachnoïde.

V^e^. OBSERVATION.

Chute, paraplégie, rétention, puis écoulement involontaire de l'urine. Érection du pénis, délire. — Cerveau et cervelet sains. Sang liquide épanché dans l'arachnoïde rachidienne.

François Sélo, maçon, vingt-trois ans, fort, bien portant, fait une chute de quinze pieds de hauteur sur le dos, et perd connaissance. Paralysie complète du mouvement et du sentiment dans les extrémités inférieures : des épingles enfoncées dans les cuisses ne déterminent point de douleur ; la sensibilité est seulement diminuée à partir du pubis jusqu'à l'ombilic. Il y a érection du pénis ; le pouls est peu fréquent ; une ecchymose se remarque à la fesse droite. (Deux saignées dès le soir.)

Le 25 août, la paralysie remonte jusqu'au niveau de l'appendice xiphoïde. Le malade tousse un peu, et se plaint de ne pouvoir expectorer, d'éprouver de la gêne à la base de la poitrine. L'inspiration est faible. Il n'urine point, et n'en sent pas le besoin. Constipation ; respiration diaphragmatique. (Cathétérisme, deux saignées dans la journée.) — Le 26, la paralysie remonte jusqu'à la partie moyenne du sternum. Vomissement des alimens pris avant la chute ; pouls fréquent, petit ; sang couenneux ; expectoration muqueuse, sanguinolente ; douleurs dans le dos ; constipation, ischurie. — Le 27, même état. (Cinquante sangsues le long du rachis, calomel et jalap.) — Le 28, hoquet continuel, inspirations plus profondes ; la sensibilité renaît un peu, le mouvement est anéanti. Selles liquides involontaires. — Le 29, la paralysie est redescendue à la région épigastrique. Selles involontaires. (Cathétérisme.) En pressant sur la vessie pour en faire sortir l'urine, celle-ci s'écoule bourbeuse, purulente. Ventre distendu, douloureux. — Le 30 et le 31, même état. — Le 1^er^. septembre, ventre ballonné, même état. — Le 9, même état ; l'escharre qui a succédé à l'ecchymose de la fesse s'est détachée. — Le 16, il urine involo-

lontairement. Selles liquides involontaires. On panse la plaie du sacrum avec le quinquina. — Le 17, délire pendant la nuit. Mort.

Autopsie trente heures après la mort. Cuir chevelu ecchymosé; léger épanchement de sang coagulé, de l'épaisseur d'une ligne et de la largeur d'une pièce de cinq francs, à gauche, entre la dure-mère et le crâne. — Cerveau et cervelet sains.

La moelle est saine; mais dans la cavité de l'arachnoïde, vers la région dorsale et dans l'étendue de quatre pouces, on trouve du sang liquide épanché, que l'on enlève en râclant avec le scalpel de dessus la moelle qu'il recouvre, mais qu'il ne comprime pas sensiblement.

Les poumons sont engoués; l'intestin est sain, la rate volumineuse, les reins un peu rouges. Le rectum et la vessie adhèrent ensemble par leurs faces correspondantes; l'adhérence est rétablie au moyen d'une fausse membrane qui s'oppose à l'entrée de l'urine dans l'abdomen; car la vessie est perforée en arrière dans la largeur d'une pièce de cinq francs; la membrane péritonéale de l'intestin est détruite; la vessie, autour de l'ouverture, et l'intestin, dans le même point, sont d'un noir livide. La vessie contient de fausses membranes, blanchâtres, épaisses et adhérentes, et des graviers se remarquent à l'orifice et dans le canal de l'urètre. La muqueuse vésicale est ramollie, noire, livide dans quelques points, et détruite dans d'autres; la prostate est saine; mais la vésicule séminale gauche contient un pus blanc, homogène, sans odeur, ne communiquant pas avec celui de la vessie.

PROPOSITIONS.

I.

La grossesse peût exister, et la plupart des signes rationnels de cet état peuvent manquer, tels que les nausées, les appétits bizarres, l'anorexie, le dégoût, les changemens dans l'état moral, l'augmentation de volume du ventre, le développement des seins, leur sensibilité, et même les mouvemens du fœtus.

II.

Une femme peut arriver au terme de la gestation sans avoir jamais soupçonné sa grossesse.

III.

Une maladie qui ne s'accompagne ni de diarrhée, ni de vomissemens, ni de céphalalgie, ni de douleurs de poitrine, et après laquelle on ne retrouve souvent aucune trace d'inflammation, est une affection qui ne peut être évidemment rapportée à aucune lésion organique. C'est donc à tort que l'on a voulu admettre la possibilité de la transformation de la fièvre intermittente en fièvre continue.

IV.

Les plaques osseuses et cartilagineuses de l'aorte se remarquent aussi fréquemment chez l'un que chez l'autre sexe; cependant l'ané-

vrysme de cette artère est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Il faut donc attribuer cette affection à une autre cause. Les efforts auxquels se livrent les hommes en sont sans doute la cause la plus fréquente.

V.

La saignée, chez les sujets faibles, ne doit être pratiquée qu'avec circonspection; car la faiblesse favorise la marche des inflammations, et il faut une certaine énergie vitale pour que la résolution ait lieu.

VI.

Un jeune homme sujet à des épistaxis journalières depuis son enfance, d'une bonne santé, d'un tempérament sanguin, est pris, quinze jours après la cessation de cette hémorrhagie, de diarrhée, accompagnée d'anorexie et de faiblesse. Il vient à l'hôpital : une saignée est faite. Le lendemain et les jours suivans, l'épistaxis reparaît; la diarrhée cesse, l'appétit et les forces reviennent. — Ici la maladie a été produite par la suspension de l'hémorrhagie quotidienne. C'est ce que l'on remarque à l'occasion de la suppression des vieux ulcères : souvent l'appétit se perd tout à coup. Si l'on applique un vésicatoire près de l'ancien ulcère, l'appétit renaît.

FIN.